STANF RD UNIVERSITY LIBRARY
OCT
26
1911

Aus der Irrenabteilung des Bürgerhospitals Stuttgart.
(San.-Rat Dr. Fauser.)

Zur Frage
des induzierten Irreseins,

nebst einem kasuistischen Beitrag.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT
ZU BERLIN.

Von

Sally Leibowitz,
approbierter Arzt aus Stuttgart.

Tag der Promotion: 10. Mai 1910.

BERLIN 1910.
Druck von L. Schumacher, N. 24.

91

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Berlin.
Referent: Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Ziehen.

Sonder-Abdruck aus dem Archiv für Psychiatrie. Bd. 47. H. 3.

Dem Andenken meines lieben Vaters;

meiner lieben Mutter

in Dankbarkeit

zugeeignet.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/zurfragedesinduz0000sall

I.

Die Frage des psychopathologischen Einflusses Geisteskranker auf ihre Umgebung, die auch aus rein praktischen Gründen von grosser Bedeutung ist, hat wohl in der in- und ausländischen Literatur eine ausgiebige Bearbeitung gefunden, eine Einheitlichkeit aber in der Auffassung der dabei in Frage kommenden Faktoren, insbesondere eine allgemein angenommene scharfe Abgrenzung und Begriffsbestimmung hinsichtlich der das Extrem dieser Erscheinung darstellenden psychischen Erkrankung einer zweiten Person infolge einer primären Psychose, des sog. induzierten Irreseins, ist bis heute noch nicht erreicht. Der Begriff der sog. „echten" Uebertragung krankhafter Geisteszustände von einer Person auf eine andere, des „echten" induzierten Irreseins, der früher sehr weit gefasst worden ist, erfährt allmählich eine immer engere Begrenzung, und das mit vollem Rechte.

In der französischen Literatur wird dieser Vorgang mit den Namen „folie communiquée" (Baillarger, Macey), „folie simultanée" (Régis), „folie similaire" (Maret) u. a. belegt, in der deutschen Literatur finden wir die Namen „psychische Infektion", „Kontagion", „induziertes Irresein" u. a. Während die Ausdrücke „Infektion" und „Kontagion" als völlig gleichbedeutend angesehen wurden und werden, macht Dewey (6) von ihnen einen etwas ungewöhnlichen Gebrauch, indem er unter „Kontagion" nur die unmittelbare Uebertragung von Symptomen der Geistesstörung auf andere Personen verstanden wissen will, wie sie im Mittelalter bei den grossen Epidemien, in unseren Tagen in den vielen, besonders in Amerika blühenden Sekten hervortritt, während er unter „Infektion" in psychischer Beziehung den Zustand versteht, der durch Faktoren vor der Geburt geschaffen oder im späteren Leben durch schwächende Einflüsse erworben ist, Zustände, die sich nach seiner Ansicht mit körper-

lichen Infektionen vergleichen liessen, so dunkel ihre Aetiologie in den meisten Fällen sei.

Nach dem Vorgange Marandon de Montyels (24) unterschied z. B. Wollenberg (34) folgende Möglichkeiten echter psychischer Infektion:

1. Die „folie communiquée", d. h. eine wirkliche Uebertragung der Psychose, derart, dass B. die Wahnideen von A. akzeptiert, weiter ausbaut und zu den seinigen macht.

2. Die „folie imposée", d. h. A. „drängt" vermöge eines moralischen oder sozialen Uebergewichts seine Wahnideen usw. einem anderen „auf", dieser scheint sie nur zu akzeptieren, entledigt sich ihrer aber sofort als einer fremden Sache, sobald A.'s schädlicher Einfluss aufhört.

3. Die „folie simultanée", d. h. möglichst gleichzeitige und gleichartige Erkrankung mehrerer Individuen infolge gleicher Gelegenheitsursachen, aber zunächst unabhängig von einander.

Wir können die Zugehörigkeit der im Sinne der beiden letzten Möglichkeiten aufgetretenen geistigen Erkrankungen zu dem „echten" induzierten Irresein nur bedingt anerkennen, da, wie Wollenberg (34) selbst sagt, in dem Falle der folie imposée nur eine Person wirklich geisteskrank ist, es also, wenn wir Schönfeldt (28) folgen, eigentlich selbstverständlich erscheinen müsste, dass der Zustand einer Person, die „nicht wirklich geisteskrank" ist, weder zu einer Gruppe von „folie" noch einer „Unterart" derselben gezählt werden kann. Er gibt aber zu, und die Möglichkeit besteht sicherlich, dass die an zweiter Stelle betroffene Person, der der Geisteskranke nur den Glauben an seine falschen Vorstellungen aufoktroyiert, aus dem Stadium der „crédulité", in dem sie zwar an die Wahnideen glaubt, sie sich aber nicht insoweit zu eigen macht, dass sie denselben die Initiative zu weiterem Ausbau entnimmt, unter günstigen Bedingungen wirklich psychotisch wird. In diesem Falle wäre also die folie imposée eine Vorstufe der folie communiquée, des eigentlichen „induzierten Irreseins", wie es jetzt allgemein bezeichnet wird.

Wir müssen bei der an zweiter Stelle betroffenen Person, wenn wir von einem durch die erste hervorgerufenen Irresein reden wollen, eine wirkliche Psychose im klinischen Sinne feststellen können, also ein bestimmtes pathologisches Ganzes, nicht nur „eine mit Urteilslosigkeit einhergehende transitorische Anomalie im psychischen Verhalten" (Schönfeldt [28]), wie wir sie auch bei einfachen, nicht geisteskranken Psychopathen finden.

Ist also die zweite Person wirklich psychotisch geworden, so

können wir von einer Psychose reden, die durch den Einfluss eines primärerkrankten Geisteskranken entstanden ist. Die Begriffsbestimmung des „echten" induzierten Irreseins verlangt nun nicht nur die Konstatierung einer sekundär hervorgerufenen Psychose, sondern wir können erst dann von induziertem Irresein sprechen, wenn uns der Nachweis gelungen ist, dass die psychische Erkrankung der zweiten Person in der Psychose der ersterkrankten Person ihre spezifische Ursache gehabt hat. Also die Psychose als solche, das „Wie" der Psychose, muss spezifisch auf die nächste Umgebung wirken, nicht aber der Umstand, dass überhaupt eine Psychose vorhanden ist, die nun im Verein mit den mannigfachen körperlichen und geistigen Schädigungen, die sie auf die Umgebung ausübt, die sekundäre Erkrankung verursacht.

Zu diesen schädigenden Einflüssen gehört u. a. die gemütliche Erregung, die bei dem Vorkommen einer Psychose in der nächsten Umgebung verursacht wird, die notwendig werdende — eventl. sehr anstrengende — Wartung, die Körper und Psyche zu äusserster Anspannung ihrer Kräfte zwingt. In diesem Falle würde die Psychose beim Auftreten einer zweiten geistigen Erkrankung keine andere Rolle spielen, als es ein anderes zur Hervorrufung eines psychischen oder körperlichen Erschöpfungszustandes geeignetes Moment tun würde. Es besteht zwischen der ersten und der zweiten Erkrankung also nur ein äusserer, aber kein innerer Zusammenhang. In diesem Falle, der Uebertragung auf dem Wege der „Emotion" (Jörger [15]) spielt die primärerkrankte Person bei der Uebertragung eine unbewusste Rolle, die wirkende Ursache ist allein die äussere Erscheinung der primären Psychose, während der Inhalt der primären Psychose als solcher bei der Uebertragung als wirksame Ursache nicht in Betracht kommt.

Was die Natur der sekundär erzeugten Psychosen anbetrifft, so handelt es sich, wenn wir die hierfür in Betracht kommenden Fälle in der Literatur überblicken, um „heilbare Psychoneurosen und einfache Neurosen". Werner (32) zeigt in einer tabellarischen Zusammenstellung, die 45 Fälle von Koster, Finkelnburg, Nasse, Graf u. a. umfasst, in denen eine primäre Psychose eine psychotische Erkrankung einer zweiten Person zur Folge hatte, und die s. Z. als Beweise für das Vorkommen psychischer Infektion galten, dass in allen diesen Fällen die primäre Psychose nur dieselbe Rolle spielte, wie jeder „andere vom gewöhnlichen Leben abweichende Vorgang" es getan hätte. Bei diesen Fällen finden sich in der Anamnese teils (Nr. 17, 19, 20, 25, 29, 44) frühere ein oder mehrere Male aufgetretene Geistesstörung, teils grosse hereditäre Belastung, wobei Werner diejenigen Fälle im Auge hatte

(Nr. 2, 8, 15, 16, 18, 21, 22, 23, 28, 34, 42, 43), wo, abgesehen von der Verwandtschaft zwischen Primär- und Sekundärerkranktem, in aufsteigender Linie wiederholt Fälle von Geistesstörung vorgekommen waren. Dann wird aufreibende, anhaltende Pflege, ferner Frömmelei, anhaltendes Vorlesen aus religiösen Schriften u. a. angeführt.

Ueberblicken wir in dieser tabellarischen Zusammenstellung die Formen der primären und sekundären Erkrankungen, so finden wir überwiegend „die schweren Erregungszustände, wie sie bei der Melancholie und Manie vorkommen". Nur in einzelnen Fällen finden wir Uebereinstimmung zwischen primärer und sekundärer Erkrankung, so zwar, dass z. B. eine Melancholie resp. Manie wieder eine Melancholie resp. Manie hervorgerufen hätte, im übrigen sind die Fälle sehr zahlreich, in denen eine Manie eine Melancholie und umgekehrt, eine Manie oder Melancholie eine religiöse Verrücktheit hervorrief, ja einmal wird sogar eine „Verrücktheit" als Ursache einer Paralyse (!) angeführt. — Wir sehen also, dass wir in der Tat diese Fälle von denen des „echten" induzierten Irreseins streng trennen müssen, wir können sie als „Emotionspsychosen" von ihnen abgrenzen.

Ebensowenig gehören die Fälle von Psychosen hierher, bei denen zwei Personen durch die gleichen schädigenden Ursachen gleichzeitig oder doch wenigstens bald hintereinander erkranken (folie simultanée), so z. B. wenn die gleiche Intoxikation eine völlig gleichartige Geistesstörung bei zwei Personen hervorruft. Hierher gehört der von Schönfeldt (28) angeführte Fall, in dem eine Morphinistin ihren Liebhaber überredete, sich gleichfalls Injektionen zu machen. Der junge Mann verfiel nun auch in kurzer Zeit dem Morphino-Kokainismus. Nicht lange darauf trat die typische Geistesstörung bei beiden unter dem Bilde gleichartigen halluzinatorischen Verfolgungswahns auf. Beide hörten des Nachts verdächtige Geräusche, als wenn jemand im Nebenzimmer umherschleiche, glaubten sich von Widersachern verfolgt u. s. f. Hier hatte also die gleichzeitige Einwirkung derselben Schädlichkeit das Auftreten einer identischen psychischen Störung zur Folge.

Eine Sonderstellung nimmt in der Literatur das sog. Zwillingsirresein, die „folie gémellaire" ein, die ebenfalls, allerdings mit gewissen Einschränkungen, wie wir nachher sehen werden, von dem induzierten Irresein abzutrennen ist. Beim Zwillingsirresein sehen wir Individuen mehr oder weniger gleichzeitig psychotisch erkranken, und zwar zumeist an Psychosen völlig gleichen Charakters, die entweder durch dieselbe Ursache hervorgerufen sind oder auch durch differente. Hierfür finden sich in der Literatur zahlreiche Beispiele. Euphrat (9)

berichtet über 7 Fälle von Zwillingsirresein, bei denen überall die Aehnlichkeit der Zwillinge in physischer und psychischer Beziehung hervorgehoben wird. Dazu lebten sie unter gleichen äusseren Verhältnissen und im innigsten seelischen und räumlichen Kontakt. Nur in einem Falle findet sich anamnestisch erbliche Anlage, in einem anderen eine familiäre Disposition, dagegen in fast allen Fällen eine auslösende Ursache in Form heftiger Gemütserschütterungen.

Wendt (20) beobachtete einen Fall von Zwillingsirresein bei zwei Schwestern, die stets zusammengelebt hatten, von Hause etwas beschränkt und eigentümlich waren und Mitte der 20 er Jahre gleichzeitig an Manie erkrankten. Beide zeigten in ihrem ganzen Aeusseren und ihren Krankheitserscheinungen eine solche Aehnlichkeit, dass man auf den ersten Blick eine mit der andern verwechseln konnte. Ueber eine Gelegenheitsursache, die dem Ausbruch der Erkrankung vorausging, wird nicht berichtet, erbliche Belastung lag nicht vor.

Der Zeitraum zwischen dem Ausbruch beider Psychosen kann nun ein kürzerer oder längerer sein, was vor allem bei denjenigen Fällen von Zwillingsirresein beobachtet wird, bei denen die einzelnen Individuen räumlich getrennt sind. So berichtet Zinn (20) über ein Zwillingspaar, das von Kindheit an an getrennten Orten bei verschiedenen Familien erzogen wurde und in einem Zwischenraum von $1^1/_2$ bis 2 Jahren an einer identischen Geistesstörung in der Form der halluzinatorischen Verrücktheit erkrankte. Anamnestisch findet sich schwere erbliche Belastung.

Zu diesen Fällen, in denen verschiedene Ursachen, die wir ja bei räumlich getrennten Individuen voraussetzen müssen, identische Psychosen hervorgerufen hatten, gehört auch der Fall von Hasse (20), der gleichzeitig ein Zwillingspaar behandelte, eine 26 jährige Frau, die 14 Tage nach der Geburt ihres ersten Kindes erkrankte, und ihre Schwester, die vor 6 Jahren schon einmal in der Anstalt unter denselben Krankheitserscheinungen gestanden hatten. Beide boten genau dasselbe Bild einer Melancholie mit hochgradiger Angst und massenhaften Halluzinationen, namentlich des Gehörs und Gesichts. — Einen weiteren Beitrag zur Kasuistik des Zwillingsirreseins liefert Herfeldt (13).

Dass Zwillinge auch an nichtidentischen Psychosen erkranken können, beweist ein Fall von Novy (25), in dem zwei Schwestern, erblich nicht belastet, völlig unabhängig von einander, die eine im 20. Jahr an Manie, die andere im 22. Jahr an Melancholie erkrankte, wobei es allerdings fraglich ist, ob es sich nicht bei beiden um eine zirkuläre Psychose gehandelt hat, deren manische Phase gerade bei der einen, deren melancholische Phase bei der andern beobachtet wurde.

Dass es sich bei Erkrankungen räumlich getrennter Zwillinge an identischen Psychosen nicht um induziertes Irresein handeln kann, bedarf keiner weiteren Erläuterung. Anders liegt es in den Fällen, in denen Zwillinge, die im innigsten seelischen und räumlichen Kontakt miteinander stehen, oft nur in einem ganz kurzen Zwischenraume, vielleicht nicht einmal von wenigen Tagen, psychisch erkranken. In diesen Fällen ist zu entscheiden, ob eine bei beiden anzunehmende „bis ins Kleinste gehende Aehnlichkeit im Bau beider Gehirne, so dass die Hirnfunktionen beider Individuen gleichsam gleichen Schritt hielten" (Euphrat [9]), dafür verantwortlich gemacht werden kann, dass nun durch die Einwirkung der gleichen psychischen Erschütterung oder körperlichen Erschöpfung eine völlig identische Psychose bei beiden auftritt. Euphrat (9) weist die Annahme von „hypothetischen Analogien im Bau des Gehirns beider" als unnötig zurück und hält das Moment der psychischen Infektion für genügend zur Erklärung, während andererseits Ball (zit. nach Schönfeldt [28]) bei Zwillingen das Vorkommen einer folie communiquée überhaupt leugnet. Das Richtige liegt entschieden in der Mitte, wir werden ungezwungen auch bei Zwillingen das Vorkommen eines „echten" induzierten Irreseins annehmen können, da es bei ihnen die zu fordernden Vorbedingungen entschieden am ehesten findet.

Einen fliessenden Uebergang bieten die Erkrankungen räumlich getrennter Zwillinge an identischen Psychosen zu derartigen Erkrankungen räumlich getrennter Geschwister, wofür Jung (16) 5 Fälle zitiert. Beispiele von gleichzeitiger geistiger Erkrankung von räumlich vereinigten Geschwistern liefern in der älteren Literatur z. B. auch Venturi (31), in der neueren u. a. Sklarek und van Vleuten (29). Einen seltenen Fall von psychischer Infektion bei 6 Geschwistern, 2 Brüdern und 4 Schwestern, beschreibt Mourek (23): Vater Potator, Mutter litt an Melancholie, ausserdem kamen noch mehrere Fälle von Trunksucht und Selbstmord in der Verwandtschaft vor. Die 6 Geschwister waren bisher gesund geblieben. Das jüngste, damals 20jährige Kind, besuchte den Wallfahrtsort Suchdol in Böhmen. Dort plötzlich an religiösen Delirien und Halluzinationen erkrankt. Hysterie nicht vorhanden. Nachdem es nach Hause zurückgekehrt war, erkrankten innerhalb weniger Tage alle übrigen Geschwister an denselben Wahnideen und Halluzinationen. Während die übrigen Geschwister rasch genasen, blieb das ersterkrankte Kind ein halbes Jahr krank.

Ueberblicken wir in der Literatur die Fälle, die wir nach kritischer Sichtung als Belege für das Vorkommen eines „echten" induzierten Irreseins ansehen können, so finden wir, dass überall grosser Wert auf die

Uebereinstimmung der Symptome, also der äusseren Krankheitserscheinungen, in der Psychose des Primär- und des Sekundärerkrankten gelegt wird. Diese Identität in der Erscheinungsform, die uns zwei Personen entgegentreten lässt, die im Benehmen und Sprechen, im Denken und Fühlen sich derart gleichen, dass man eigentlich nur „eine Verrücktheit, auf zwei Personen verteilt", vor sich hat, ist nun neben den früher verlangten Bedingungen das hervorstechendste Merkmal des „echten" induzierten Irreseins, nur in diesem Falle können wir eigentlich davon reden, dass eine Psychose auf eine zweite Person übertragen worden ist.

Als Kriterium der bei B. eingetretenen Geisteskrankheit ist nach Joerger (15) das Aktivwerden der vorher passiven Person anzusehen, während die französischen Autoren erst mit dem Autreten von Halluzinationen den Beginn der Psychose bei B. rechnen. Diese Ansicht ist aber entschieden zurückzuweisen, da Halluzinationen keineswegs ein unentbehrliches Symptom der induzierten Irreseinsformen darstellen, vielmehr in zahlreichen Fällen überhaupt fehlen. Sobald die Person B. aktiv geworden ist, also nicht nur die ihr „induzierten" Wahnideen passiv in sich aufgenommen hat, sondern selbst beim weiteren Aufbau des Wahnsystems mithilft, ist es — vor allem bei mangelhafter Anamnese — nicht in jedem Falle möglich, mit Sicherheit die ersterkrankte Person ausfindig zu machen, da mit dem Auftritt der Psychose bei B., in dem Moment also, wo wir eine zweite aktive Person vor uns haben, eine Wechselwirkung eintritt. Beide wirken, wie Joerger (15) richtig sagt, gegenseitig aufeinander ein, eines teilt seine Ideen dem andern mit und umgekehrt, sie verflechten diese Ideen, stützen den eigenen Wahn durch den fremden und bauen gemeinsam ein Gebäude, zu dem jedes Material liefert. A. ist für B. aktiv und passiv zugleich, ebenso B. für A. So beschreibt es auch Régis: „ . . . . bei jedem Anstoss machen sie einen Schritt vorwärts, sich immer bei der Hand haltend. . . . . es sind gewissermassen nicht mehr zwei Verrückte, sondern ein einziges, hervorgebracht durch die Verflechtung der Ideen zweier Individuen".

Ein schönes Beispiel für diese Wechselwirkung liefert der von Joerger (15) beobachtete, sehr ausführlich beschriebene Fall von Mutter und zwei Töchtern, wo die Mutter ihren Verfolgungswahn auf die beiden Töchter überträgt; später gibt die ältere Tochter ihr neu gebildetes Wahnsystem — das ihrer geschlechtlichen Umbildung zum Manne — an die Mutter ab und zwingt die jüngere Schwester zum Glauben an dasselbe.

Wir sehen, dass hier überall die Rede von Uebertragung von „Wahnideen", eines „Wahnsystems" u. s. f. ist, und in der Tat bilden diese

Formen geistiger Erkrankung, in denen ein Wahnsystem das Krankheitsbild beherrscht, mit verschwindenden Ausnahmen das Hauptkontingent der induzierten Psychosen. Régis bemerkt in dieser Hinsicht: „Tous les cas de folie à deux sont des délirs de persécution". Marandon de Montyel (24) erweitert diese Ansicht dahin: „Alle Fälle der folie à deux sind systematisierte Wahnsinnsformen". In der Literatur finden wir auch — nach strenger Sichtung der wirklich hierher gehörigen Kasuistik — überwiegend, ja fast ausschliesslich Fälle von induzierter — also auch primärer — Paranoia persecutoria und Paranoia querulantium. Neuerdings ist nun auch die Behauptung aufgestellt worden, dass nicht nur Paranoia, sondern auch Dementia praecox und zum manisch-depressiven Irresein gehörige Formen übertragen worden sind. So hat Weygandt (33) einen Fall von Uebertragung einer depressiven Störung publiziert. Er kommt nach Sichtung der Literatur zu dem Schluss, dass eine Uebertragung derartiger Fälle auf vorher Gesunde nicht mehr bezweifelt werden könne, solange man auf dem Standpunkt stehe, dass jeder als gesund anzusehen sei, solange nicht bei entsprechender Nachforschung Anhaltspunkte für das Gegenteil gewonnen sind. W. macht darauf aufmerksam, dass unter den Schönfeldtschen Fällen selbst einige sind, die nach unseren heutigen Kenntnissen als Fälle von Dementia praecox aufzufassen sind. Auf Grund dieser Uebertragungsmöglichkeit hält sich W. zu der Vermutung berechtigt, dass Paranoia und paranoide Verblödung doch nicht so scharf zu trennen sind, wie Kraepelin es tut. E. Meyer (22), der ihm in dieser Anschauung folgt, beschreibt einen Fall von induzierter Psychose, wobei die primäre Psychose eine Dem. praec. paranoid. ist, die sekundäre eine Paranoia, indem die Sekundärerkrankte in ausgesprochen paranoischer Weise die von ihrer an Dem. paranoid. erkrankten Schwester geäusserten Ideen als Material zur Wahnbildung benutzte und eine Art von Erklärungswahn zu ihnen bildete.

Was macht nun gerade die Paranoia, also eine Krankheitsform, in der ein in seinem ganzen Bau nach logischen Grundsätzen zusammengefügtes, oft ausserordentlich kompliziertes und verzweigtes Wahnsystem das Bild beherrscht, dazu geeignet, eine so gefährliche Rolle für die Umgebung zu spielen?

Ein Grund liegt zunächst darin, dass die Möglichkeit einer Verkennung des Krankheitsprozesses gegeben ist, indem der damit Behaftete, der sich in seinem ganzen äusseren Gebaren häufig in gar keiner Weise von einem Gesunden unterscheidet, über alle seinem Wahnsystem fernerstehenden Fragen oft mit grosser Besonnenheit und logischer Schärfe sprechen kann, also seiner Umgebung gar nicht als Kranker

zu imponieren braucht, Dazu kommt, dass die Wahnideen selbst, die vielleicht auf tatsächlichen Vorkommnissen fussen, zumeist die „Grenzen der Wahrscheinlichkeit und Möglichkeit“ nicht überschreiten (Lasègue und Falret). Die Wahrscheinlichkeit braucht allerdings nur eine relative zu sein, relativ in Bezug auf Intelligenz und Bildungsgrad von B. Das wirksame Prinzip liegt also in der Beschaffenheit des Krankheitsinhalts, nicht aber in der rein äusserlichen Tatsache des Vorhandenseins der primären Psychose: Die Wahnideen werden nun der Person B., indem hier eine bewusste Tätigkeit von A. einsetzt — im Gegensatz zu den Emotionspsychosen, wo A. eine unbewusste Rolle spielt — präsentiert, in ihrer logischen Folge auseinandergesetzt, wobei wobei sie B., wie Joerger (15) richtig ausführt, zunächst auf „Treu und Glauben“ hinnimmt, aber schliesslich, falls er nicht von A. getrennt wird, das dargebotene System in sich fixiert. Sein „Ich“ wird in den Kreis der fremden Wahnideen hineingezogen, besonders leicht natürlich dann, wenn in dem Inhalt der Wahnideen von A. die Person B. mit Vor- und Nachteilen bereits enthalten ist. Fühlt sich B. z. B. erst einmal in seiner eigenen Interessensphäre beeinträchtigt, so ist der Weg zur Aufnahme und schliesslichen Weiterverarbeitung der ihm in zweckmässiger Weise präsentierten Wahnideen geebnet.

Besonders geeignet zur Rolle des Induzierenden ist, wie auch von Joerger hervorgehoben wird, eine Person, die geistig höher steht, begabter ist, im allgemeinen gesagt, ein „auctoritäres“ Regiment führt, das sich auch auf familiäre und moralische Autorität stützen kann. Dass dies jedoch nicht immer der Fall zu sein braucht, beweist der Fall von D'Allonnes und Juquelier (1), wo die Krankheit zuerst beim „willensschwachen“ Mann ausbrach, dann auf die Frau überging, die im Hause das Regiment führte und den weiteren Ausbau der Wahnideen übernahm. Ebenso berichtet Bahcock (3) von einem „einfältigen“ erblich belasteten Landmann, dessen Wahnideen auf seine Frau, Kinder, seinen „ebenso einfältigen“ Bruder und 5 schwarze Knechte übergingen. (Dieser Fall ist zugleich ein Beweis für das Vorkommen gleichzeitiger psychischer Infektion bei mehreren Personen, wozu auch der interessante Fall der Familie Lochin von Lapointe [19] gehört — wobei ich von den grossen psychischen Epidemien absehe.)

Ausser der geistigen Ueberlegenheit des Primärerkrankten stellen, wie uns die Kasuistik lehrt, weitere begünstigende Momente dar: innige Seelenharmonie, enger seelischer und räumlicher Kontakt, Aufgehen des Einen in den Interessen des Anderen, Abschluss gegen die Aussenwelt, nicht zuletzt, wie auch Ast (2) betont, Gleichstimmung der beiderseitigen Gemütslage in der Gefühlsstimmung des

Verkannt- und Unterdrücktseins, da das affektive Element bei dem Paranoiker mit Recht immer mehr hervorgehoben wird. „Die Seelenharmonie zwischen den Beteiligten führt dazu, dass der sekundär Ergriffene mit seinem Bewusstsein sich in den Zustand des Ersten versetzt, d. h. in die Leiden und Freuden desselben sich versenkt und so gewissermassen dessen Rolle spielt.“ Am ehesten werden wir wohl die erwähnten begünstigenden Momente bei Blutsverwandten treffen, sodann bei Ehegatten, wofür wir in der Literatur zahlreiche Beispiele finden. Ich erwähne u. a. die Fälle von Bauer (4), Dupouy (7), Kölpin (18), E. Meyer (21), Tebaldi (30), Fälle, in denen bald der Mann, bald die Frau die ersterkrankte Person darstellt. Zivilrechtlich interessant ist der Fall von Kalmus (17), in dem der Mann von der Frau psychisch „infiziert“ war und eine Ehescheidung ausgesprochen wurde.

Bei dem induzierten Irresein unter Blutsverwandten legt allerdings Schönfeldt (28) den grösseren Wert auf eine „konforme latente Disposition“, auf deren Auslösung, wie wir nachher sehen werden, Schönfeldts Definition mehr hinausgeht, als auf die Induktion eines Irreseins.

Bevor ich dazu übergehe, die Kasuistik des induzierten Irreseins um einen Fall zu vermehren, dessen in mehrfacher Hinsicht liegenden Besonderheiten ich die Berechtigung hierzu entnehmen zu dürfen glaube, sei es mir gestattet, zusammenfassend eine Darstellung der Uebertragungsmöglichkeiten einer Psychose von einer Person A. auf eine Person B. zu geben.

Wir haben es bei den auf dem Wege der psychischen Infektion übertragenen psychotischen Erscheinungen nur mit einer Uebereinstimmung in Bezug auf Symptome, also äusserliche Kennzeichen, zu tun, nicht aber mit einer Uebereinstimmung in Bezug auf den Aufbau, die innere Struktur der Symptome, die in den meisten Fällen sogar eine ganz verschiedene ist. Denken wir nur, um ein ganz krasses Beispiel zu wählen, an vielleicht ganz konforme Grössenideen eines Paranoikers und eines Paralytikers, die dort nur der Ausfluss krankhafter Assoziationen sind, hier das Produkt eines schweren destruktiven anatomischen Prozesses. Ebenso gross wie in Bezug auf die anatomische Grundlage ist auch die Verschiedenheit in Bezug auf den Verlauf, Ausgang und die darauf beruhende Prognose, d. h. also in Bezug auf die klinische Krankheitsform.

Wie kann eine Person A. auf eine zweite Person B. derart einwirken, dass bei dieser ein identischer psychotischer Symptomenkomplex auftritt? Es kommen im wesentlichen zwei Möglichkeiten in Betracht,

1. die Summation einer nichtspezifischen und einer spezifischen Einwirkung.

a) Die nichtspezifische Wirkung besteht darin, dass A. den B. — besonders in dem Falle, wenn ein enger seelischer und räumlicher Kontakt zwischen beiden vorhanden ist — durch den beständigen Einfluss seiner Klagen und Erzählungen über Verfolgungen und andere Leiden, die er angeblich erdulden muss, geistig und körperlich ermüdet, im allgemeinen „neurasthenisch“ macht. Die hervorgerufenen Erscheinungen brauchen sich in gar keiner Weise von denen zu unterscheiden, die auf anderem Wege hervorgerufen werden können, z. B. auf dem der geistigen Erschöpfung, wie sie sich ein Gelehrter in seiner Studierstube zuziehen kann, auch ohne dass ein anderer Mensch durch ständiges Dozieren und Demonstrieren seiner Wahnideen ihn geistig schwächt, zum „Neurastheniker“ macht, mit allen Folgeerscheinungen dieser Erkrankung. Hierbei kommen auf psychischem Gebiet — abgesehen von der krankhaften Reizbarkeit — vor allem die „krankhafte Ermüdbarkeit der Ideenassoziationen“ in Betracht, die sich bis zur vollkommenen Inkohärenz des Vorstellungsablaufs steigern kann, woraus die Unfähigkeit des Vergleichens, der Kritik, im allgemeinen eine Abnahme der gesamten intellektuellen Funktionen resultiert. Selbstverständlich wird ein von Haus aus etwas erschöpfbareres, impressibleres Gehirn leichter in den geschilderten Zustand geraten, als ein völlig rüstiges, gesundes.

Ist auf diese Weise B. gewissermassen erworben psychopathisch geworden, so ist nun die Möglichkeit vorhanden, dass auf dem künstlich durch eine Verminderung der intellektuellen Regsamkeit vorbereiteten Boden

b) der spezifische Einfluss Eingang finden kann, d. h. die Uebertragung der Wahnideen. Den psychologischen Vorgang der Uebertragung von Wahnideen von einer Person auf eine andere fasst Schönfeldt (28) als eine „Nachahmung aus egoistischem Trieb“ auf, indem er dabei der Anschauung von Lasègue und Falret folgt. (Als Kuriosum möchte ich erwähnen, dass nach der Ansicht Baumanns (5) die „pathologische Imitation“ die Rolle der pathologischen Mikroorganismen bei den somatischen Krankheiten vertritt.) Entgegen der erwähnten Ansicht Schönfeldts hatte schon 1887 Funaioli (11) neben anderen Autoren der psychischen „Suggestion“ als des hierbei wirkenden Hauptmoments Erwähnung getan, eine Anschauung, die heute wohl allgemein geteilt wird. Auch Ziehen (35) sagt; „Mitunter kann man direkt von einer Suggestion im Wachen sprechen.“

An dieser Stelle möchte ich mir gestatten, aus einer Arbeit von Fauser (10): „Zur allgemeinen Pathologie und Pathogenese des Irre-

seins“ den hierher gehörigen Passus, der uns einen klaren Einblick in den Modus der Entstehung der Wahnideen bei B. gewährt, wörtlich zu zitieren.

Nachdem F. zuvor die katatonischen Episoden der Verrücktheit mit autosuggestiven Zuständen in Verbindung gebracht hat, fährt er fort:

„In Beziehung auf andere geistige Störungen lassen sich, wenn auch keine direkten Beziehungen zu hypnotischen Zuständen, so doch einige nicht uninteressante Vergleichspunkte heranziehen; hier wie dort kann der betreffende krankhafte Zustand sowohl von der physischen wie von der psychischen Seite aus erzeugt worden sein: zu der, physikalischer und physiologischer Reize sich bedienenden Methode der Salpêtrière können die bei einfacher Erschöpfung, Uebermüdung, mangelhafter Ernährung usw., also infolge psychischer Bedingungen auftretenden Psychosen, zu der, bestimmter einzugebender Vorstellungen sich bedienenden Methode der Nancyer Schule können die an starke länger dauernde psychische Einwirkungen sich anschliessenden Psychosen in Parallele gesetzt werden; und wie in den hypnotischen Zuständen in dem ersten Fall zunächst nur elementare Störungen der Motilität und Sensibilität, Aenderungen im Gebiete des höheren Vorstellens und Wollens dagegen erst durch nachträgliche psychische Eingebungen, auf Grund der geänderten physiologischen Bedingungen, zu stande kommen, im zweiten Fall dagegen, bei der Suggestionshypnose, zugleich mit der einwirkenden psychischen Ursache auch dasjenige Moment gegeben ist, welches die nachfolgende Störung auch inhaltlich bestimmt, so lässt auch der Inhalt der geistigen Störungen je nach der verschiedenen Entstehungsweise der letzteren eine verschiedene Herkunft erkennen; wenn bei einer Mutter, die infolge der Trauer um den Tod ihres Kindes in Geisteskrankheit verfällt, der Inhalt der letzteren sich an den Inhalt des schmerzlichen Ereignisses anschliesst, wenn bei dem induzierten Irresein die Erkrankung der zweiten Person auch inhaltlich, in Beziehung auf Form und Gestaltung des Wahnsystems, mit der der ersterkrankten Person sich deckt, wenn in den psychischen Shockanfällen, welche Ludwig Mayer als Intentionspsychose beschrieben hat, die betreffenden Psychosen nach Form und Inhalt sich an die Gelegenheitsursache angeschlossen haben, so braucht in solchen Fällen nach der Entstehungsweise der Wahnideen nicht näher geforscht zu werden; wenn aber nach einem starken Blutverlust sich melancholische Wahnideen entwickeln, wenn ein Säufer in Eifersuchtswahn verfällt usw., so kann zwar in den den physiologischen parallel laufenden sinnlichen Störungen — dort etwa den veränderten Muskelgefühlen etc., hier etwa der verminderten Libido sexualis — eine Art Disposition zur Entstehung der Wahnideen gefunden werden; aber diese selbst sind noch nicht gegeben; sie müssen vielmehr als durch eine nachträglich hinzukommende, von physiologischen Bedingungen unabhängige, psychologische Synthese, in welche jene elementaren sinnlichen Störungen als Bestandteile eingehen können, entstanden betrachtet werden.“

Haben wir auf die oben geschilderte Weise, also durch eine Summation von nichtspezifischer und spezifischer Einwirkung, eine Psychose bei B. entstehen sehen, so werden wir wohl mit vollem Recht davon sprechen können, dass die Psychose A. die spezifische Ursache der Psychose B. gewesen ist. Der Begriff des „echten“ induzierten Irreseins wäre also noch enger zu fassen, als es von Schönfeldt (28) geschehen ist, dessen Definition, wie Ast (2) richtig sagt, mehr auf eine Auslösung einer schlummernden Disposition, als auf die Induktion eines Irreseins geht. Auch Weygandt (33) geht, wie wir, in seinen Anforderungen noch weiter wie Sch., denn er rechnet nur die Fälle hierher, wo die Frage, ob der Kranke B. ohne den Einfluss des Kranken A. zweifellos geistig gesund geblieben wäre, bejaht wird.

2) Sodann besteht die Möglichkeit, und dass sind wohl die dem Psychiater am häufigsten vorkommenden Fälle, dass B. schon von Haus aus psychisch nicht ganz intakt ist, also eine Prädisposition bei ihm schon vorhanden ist. A. braucht nunmehr seinen nichtspezifischen Einfluss auf B. nicht mehr geltend zu machen, er findet vielmehr den Boden für die Transplantation seines Wahnsystems schon vorbereitet, etwa in Form einer Urteilsschwäche oder einer krankhaften gefühlsmässigen Reaktionsfähigkeit. Auf diesen Boden können dann also die Wahnideen von A. ohne weiteres transplantiert werden. Von der Intensität der Intelligenzschwäche von B. wird dann die Korrekturfähigkeit der Wahnideen, damit die Prognose des Falles abhängen.

Die beiden eben geschilderten Möglichkeiten sind natürlich nicht streng von einander geschieden, etwa derart, dass wir im konkreten Falle sagen können, es läge nur die erste Möglichkeit oder nur die zweite vor, wir werden vielmehr fliessende Uebergänge zwischen diesen beiden Extremen annehmen müssen.

Auch das „echte“ induzierte Irresein selbst stellt nichts vom übrigen psychischen Geschehen hermetisch Abgeschlossenes dar, es bildet nur in seiner reinsten Form einen bis ins Pathologische gesteigerten Spezialfall jener allgemeinen individual- und völkerpsychologischen Tatsache, dass wir „Ideen“, die uns präsentiert werden, in uns aufnehmen und verarbeiten, wobei wir aber bei normaler gefühlsmässiger Reaktionsfähigkeit mittels normaler Urteilskraft höchstens bis zum Irrtum, nicht aber bis zur unkorrigierbaren Wahnidee gelangen werden.

II.

Im folgenden sei es mir gestattet, einen Fall von induziertem Irresein zu beschreiben, der in der Irrenabteilung des Stuttgarter Bürgerhospitals zur Beobachtung kam.

Am 18. Dezember 1909 wurden der fast 80 jährige Kanzleiunterbeamte Georg Sch. und seine 39 jährige Tochter Antonie in die Irrenabteilung aufgenommen, auf Grund folgenden Einweisungszeugnisses des stellvertretenden I. Stadtarztes, Herrn Dr. Z.:

„Georg und Antonie Sch. sind beide geisteskrank. Sie leiden an ausgesprochenen Verfolgungsideen, erzählen, dass sie bei Tag und Nacht Stimmen hören, die die Tochter als „Justizhure und Stadtschnepfe“ bezeichnen, auch werden sie von einem Mieter, der im Kloster war, durch Sympathie beeinflusst. Sie sind beide sehr ängstlich und öffnen die Glastüre nur nach längeren Verhandlungen, da sie angeblich öfters täglich durch Leute belästigt würden, die an ihrer Glastüre geheimnisvolles Wesen treiben. Sowohl Vater wie Tochter leiden an denselben Wahnvorstellungen, weshalb ich sie als gefährlich für sich und andere betrachte und ihre Einweisung auf die Irrenabteilung des B. H. für nötig halte“. Dr. Z.

Die stadtärztliche Untersuchung war die Folge der wiederholten Beschwerden mehrerer Hausbewohner über die Beiden, die als „an Verfolgungswahn oder etwas ähnlichem leidend“ bezeichnet wurden und angeblich die Mieter im Hause bedrohten, sodass diese nicht mehr, ohne Gefahr zu laufen, das Treppenhaus passieren konnten. Insbesondere beschwerte sich eine Frau O.: „Im Hause L. Str. Nr. . . wohne Georg Sch. mit seiner Tochter Antonie, welche beide sich schon seit längerer Zeit als Geisteskranke bemerkbar machen. Sch. sei schon öfters den Kindern sämtlicher im Hause wohnender Eltern nachgesprungen und habe gerufen: „Von Euch muss noch eins hin sein, Euch verschiesse ich noch mit meinem Revolver usw.“ Gestern, den 8. Dezbr. 09, habe sich der Zustand des Sch. als verschlechtert gezeigt, indem derselbe der 19 Jahre alten Else H., im gleichen Hause wohnhaft, die Treppe hinauf nachgegangen sei und gerufen habe: „Ich lasse nicht nach, bis ich Dich hingemacht habe“. Auch ihrem Sohne Arnold sei er mit den gleichen Drohungen nachgesprungen. Sämtliche Bewohner befänden sich in der grössten Aufregung, weshalb ein polizeiliches Einschreiten, insbesondere eine Untersuchung von seiten des Herrn Stadtarztes dringend notwendig sei“.

Die seitens des Stadtpolizeiamts angestellten Erhebungen ergaben folgendes:

„Die Hausbewohner seien seit einigen Tagen wegen des Benehmens des Kanzleidieners Georg Sch. und seiner Tochter Antonie in eine solche Aufregung gekommen, dass sich eigentlich niemand im Treppenhaus bewegen könne. Die Antonie Sch. sei schon seit etwa $^3/_4$ Jahren irrsinnig und lebe im Verfolgungswahn. Sie gehe nicht mehr aus dem Hause und sage immer, sie könne nicht mehr fort, weil sie von der Polizei, sowie von Hausbewohnern immer verfolgt werde. Ferner habe sie die Frau Oberpostsekretär L., welche neben der Familie Sch. wohne, verhext. Im Monat August habe sich die Sch. umbringen wollen und habe geschrien: „Ich will jetzt sterben und heimgehen zu meinen Geschwistern“. Der Georg Sch. habe sich zu dieser Zeit immer noch anständig gezeigt, und habe die Hausbewohner um Hilfe

angerufen, nun sei anscheinend die Krankheit von seiner Tochter auch auf ihn übergegangen.

Am 7. 12. habe der Sch. die 17 Jahre alte Gertrud H., als sie von einem Einkauf nach Hause gekommen sei, angerempelt, auf das Gröblichste beschimpft und bedroht, desgleichen gestern, den 8. d. M., die 20 Jahre alte Else H. Sch. sei auch gestern in dem Laden des Spezereihändlers P. gewesen und habe ausgesagt, die Familie H. habe einen Fernsprechautomaten in seine Wohnung hineinrichten lassen, sodass sie jetzt alles hören könne, was er spreche. Frau H. sei jetzt nicht mehr so keck, dass sie ihre Töchter aus der Wohnung lasse.

Der Rapport meldet schliesslich weiter: „Sch. hat mit seiner Tochter anfangs 1900 im Hause S. . . Str. x gewohnt, wo er wegen Streitigkeiten mit Hausbewohnern ausziehen musste, insbesondere wurde die Tochter als bösartig geschildert. Von 1906/07 hat Sch mit seiner Tochter im Hause S. . . str. y. gewohnt, auch dort konnte ich nur von der Ehefrau des Mechanikers R. erfahren, dass Sch. und seine Tochter mit Hausbewohnern Streitigkeiten gehabt haben und auch mit der Steuereinnehmerswitwe H. wegen Beleidigung vor Gericht gewesen sei. Die Antonie Sch. wurde von der Frau R. als ein aufgeregtes Frauenzimmer bezeichnet, das immer viele nervöse Sachen gesprochen habe, im Hause habe man aber wenig darauf gehorcht". W., Schutzmann.

Auf der Abteilung wurde nun bei den beiden Patienten folgender Befund erhoben, wobei ich zuerst die Krankengeschichte des Vaters, dann die der Tochter wiederzugeben mir gestatte.

1. Krankengeschichte des Vaters.

Georg Sch., 79½ Jahre alt, Kanzleiunterbeamter a. D., verwitwet. Die Familienanamnese ergibt, insbesondere in Bezug auf Psychosen oder Neurosen, nichts Besonderes. Die Mutter ist im Kindbett tgestorben, der Vater an Altersschwäche, soll in seinen dreissiger Jahren „etwas Trinker" gewesen sein.

Pat. selbst ist rechtzeitig geboren, hat rechtzeitig laufen gelernt, keine Krämpfe gehabt, kein Trauma erlitten. Hat gut gelernt (Dorfschule), gedient, kapituliert, stand 26 Jahre bei einem Regiment, ist Veteran der Feldzüge 1866 und 1870/71, Inhaber des Eisernen Kreuzes und verschiedener anderer Orden. Seine Zeugnisse, insbesondere das bei seinem Austritt aus dem Militärdienste 1878, rühmen „seine musterhafte Führung, brave Haltung im Felde, Pflichttreue und Gewissenhaftigkeit, Nüchternheit, strenge Solidität und Ehrenhaftigkeit des Charakters, ferner gutes Fassungsvermögen und Federgewandtheit". Wurde dann Kanzleiunterbeamter beim Kgl. Oberlandesgericht und 1904 pensioniert.

Status somat.: Rüstiger, weisshaariger Mann in der straffen, gebundenen Haltung des altgedienten Soldaten, in gutem Ernährungs- und Kräftezustand, macht einen jüngeren Eindruck, als es seinem Alter entspricht. Innere Organe ohne wesentlichen Befund, abgesehen von mässigem Emphysem

mit Bronchitis. Keine deutliche Arteriosklerose der peripheren Arterien, Radialis nicht geschlängelt, Puls von normaler Spannung.

Pupillen gleich weit, reagieren prompt. Patellarreflexe auszulösen, kein Babinski, kein Romberg. Kortikomotorischer und sensibler Apparat ohne Bes., Schrift und Sprache ohne Störung, insbesondere zeigt die Schrift keinerlei Zittererscheinungen. Was die Sinnesorgane anbetrifft, so ist ausser mässiger Presbyopie ein geringer Grad von Schwerhörigkeit hervorzuheben.

Status psych.: Patient ist über Ort, Zeit und Personen vollkommen orientiert, kann sich an jedes einzelne Moment der seiner Hierherverbringung vorangegangenen Ereignisse erinnern. Benimmt sich bei der Aufnahme, wie während der ganzen Zeit seines hiesigen Anfenthalts äusserlich völlig ruhig und geordnet. Keine Verwirrtheitszustände, auch nur kurzdauernder Natur. Pat. ist Nachts ruhig.

Ueber seine Wahnideen und angeblichen Halluzinationen befragt, macht er folgende Angaben, wobei ich teils seinen mündlichen Aeusserungen folge, teils den Aufzeichnungen, die er auf Aufforderung darüber machte. Er entwickelt hierbei ein völlig zusammenhängendes System von Wahnideen, gibt eine Darstellung der Verfolgungen und Intriguen, denen er und vor allem seine Tochter ausgesetzt seien, als deren Urheber er mit Bestimmtheit einen Kanzleirat H. bezeichnen könne, der dies alles deshalb inszeniert habe, weil seine Tochter die Zumutungen, die jener an sie gestellt habe, zurückgewiesen habe. Er gibt völlig spontan an, dass ihn seine Tochter auf diesen Zusammenhang aufmerksam gemacht habe.

Die Verfolgung begann eigentlich im Jahre 1904 bei der Prüfung der Justizreferendare. Er (Sch.) bat den Kanzleirat H., den Hausmeister zu veranlassen, dass ihm warmes Wasser zur Reinigung der Prüfungsräume zur Verfügung gestellt würde, welche Bitte ihm aber mit der Bemerkung, das ginge ihn (den Kanzleirat) nichts an, abgeschlagen wurde. Auch der Hausmeister, den er dann direkt anging, lehnte es ab. Der zufällig herbeikommende Generalstaatsanwalt Dr. v. Sch. sandte ihn zu dem Oberlandesgerichts-Präsidenten, der auf seine Beschwerde dem Kanzleirat einen Rüffel erteilte. Nun gingen die Intriguen an, die Sch. in ihrem ganzen Umfange auf einer Eingabe von 16 Folioseiten dem Minister unterbreitete.

Sch. und seine Tochter wohnten nach der Pensionierung des Vaters im Okt. 04 in der Sch. . . . str., wo nunmehr nach seiner Angabe die Leute von dem Kanzleirat gegen sie aufgehetzt wurden. Eine Frau H. schimpfte seine Tochter „Justizhure“, er verklagte sie, und sie wurde zu 8 Tagen Gefängnis verurteilt. (Diese Angabe scheint den Tatsachen zu entsprechen.) Frau H. legte Berufung ein, es kam ein Vergleich zustande. Nachträglich habe er erfahren, dass Frau H. zu einer befreundeten Frau L. gesagt habe, „ein Herr bezahle alles, was es koste“, ferner habe er gehört, dass ein Fräulein Tr. bei der Verhandlung um 30 Mark einen falschen Eid geleistet habe. Eine Frau W., Schullehrersgattin, habe in seiner und in seiner Tochter Gegenwart gesagt, man müsse sich schämen, neben einer „Justizhure“ zu wohnen. — Auch die anderen Leute im Haus waren feindselig gegen ihn gesinnt, sie waren nicht

„aufrichtig“ gegen ihn, alle aufgehetzt von jenem Kanzleirat. Sie hätten ihn immer von der Seite angesehen, seien über ihn losgezogen und hätten ihn und vor allem seine Tochter beschimpft, mit „Lumpeleut, Lumpechor“ und dergl. seien sie tituliert worden. Ueber ihm hätten Leute gewohnt, die bis 12 Uhr Nachts unruhig gewesen seien, nur um sie zu ärgern und aus dem Hause herauszubringen. Das sei ihnen durch Einwirkungen auf den Wirt auch schliesslich gelungen, und er sei am 1.7.06 in eine andere Nummer derselben Strasse gezogen. Hier sei es eine Zeit lang gut gegangen, offenbar, bis man so recht wusste, wer er war (d. h. bis der Kanzleirat über ihn Bescheid gesagt hatte). Dann gingen die Verfolgungen wieder los. Es tätèn sich auch mehrere gegen ihn zusammen, so habe er im Hause zwei Frauen zusammen sprechen hören; sie hätten zwar keine Namen genannt, er sei aber fest davon überzeugt, dass es gegen ihn gemünzt gewesen sei, als sie sagten: „Um 50 Mark können wir das schon tun, 30 Mark kriegen Sie, und 20 ich“. Gegen seine Tochter sei ein Prozess anhängig gemacht worden, da sie die Ww. H. bezichtigt hätte, ihr eine Bodenbürste gestohlen zu haben, und sie der Kuppelei beschuldigt hätte, „wobei als Zeugen mehrere Schutzmänner und ein Polizeikommissar vernommen wurden, wobei alle falsch zeugten, mit Ausnahme des Schutzmanns W., der bei der Wahrheit blieb. Dieser kam in die Wohnung zu mir und sagte, weil er bei der Wahrheit geblieben sei, hätte man ihn vier Wochen ins Bürgerspital getan, er sei von der Schutzmannschaft weggekommen und als Hilfswärter dem Rathaus zugeteilt“.

Ich lasse nunmehr weitere charakteristische Stellen seiner Aufzeichnungen folgen, wobei ich mir nur gestatte, den Stuttgarter Dialekt in Schriftdeutsch zu ändern:

„Seitdem ich mich geweigert hatte, ein Zimmer an den Oberpostsekretär L. abzutreten, fühlten wir, dass die Familie L. uns feindlich gegenüber stand, denn die Kinder durften uns nicht grüssen oder grüssten uns vielmehr nicht“. ——— „Wir wurden fortwährend von Hausierern belästigt, ich hörte zweimal die Frau L. fragen: „„Sind Sie geschickt?““ worauf die betreffende Person sagte: „„Ja““. Die Frau sagte dann „„20 Pfennig — Taxe““ und gab das Geld hin. Auch beinahe jede Person läutete immer zuerst bei uns an und zwar stark und bei L. schwach, und wenn nicht gleich geöffnet wurde, so ging die Person schnell wieder die Treppe hinunter. Einmal hörte ich von L. zu einem Bettler sagen: „„Auch oben 'nauf““.

„Ich hatte mich nun viermal an die Generaldirektion der Posten und Telegraphen wegen L. gewendet“. Aus dem Inhalt dieser Eingaben seien einige charakteristische Stellen mitgeteilt: „— — —. Dieser Mann foltert mich schon volle zwei Jahre, weil ich ihm kein Zimmer von meiner Wohnung abtrete. L. hat sich ausgedrückt, er lasse mir keine Ruhe, bis ich ausgezogen sei. — ——— Auch ist meine Tochter schon über $^1/_2$ Jahr krank und oft bettlägerig durch seine fortgesetzten Verleumdungen gegen uns. Briefe von uns werden auf der Strasse kundgegeben; auch soll ein Schallrohr oder ein Telephonapparat im 3. Stock angebracht sein, wie mir ein Herr mitgeteilt hat; ja

sogar das zwischen uns und dem Hausarzt Gesprochene wurde öffentlich ausgeplaudert. — — — —".

Trotzdem ihm seitens der genannten Generaldirektion bedeutet wurde, dass seine Anklagen völlig grundlos seien, verfasste er immer wieder neue Eingaben und Beschwerden, in denen er seine Beschuldigungen aufrecht erhielt. Er sagt weiter: „Ich beschwerte mich auch, dass Briefe, die mir nicht gehörten, in meinen Briefkasten getan wurden, und Briefe, die mir gehörten, in das Hinterhaus kamen. — — — — Der Beamte, der auf meine Beschwerde zu mir kam, versicherte mich, dass diese Unordnung, das Vertragen von Briefen etc., von einer Person ausgeführt werde. Als meine Tochter in das Zimmer kam, wo ich und der Beamte war, stand er auf und sagte: „Wir wissen jetzt genau, wer diese Person ist, die solches tut, aber man darf es nicht sagen, die Briefe werden mit Leimruten herausgezogen." — — — — Ich sagte dem Beamten, ich könnte es sagen, wer die Schuld an dieser Brief- etc. unordnung trage; ich hätte dem Beamten sagen können, was ich und meine Tochter in der zehnten Stunde nachts wahrnahmen, aber ich wollte die betreffende Person schonen, weil er Familienvater ist. Diese Person aber hätte meine Tochter in das Zuchthaus gebracht, wenn es ihr durch Hinterlist geglückt wäre, und jetzt noch eine Wahrnehmung: Am 17. 1. 09 zwischen 9 und 10 Uhr sind die beiden Kinder von L. die Stiege herauf gekommen, der Knabe mit einem Instrument in der Hand, in der Form eines Schürhakens, die Spitze nach aufwärts gerichtet; vor ihrer und unserer Wohnung sagte der 14—15jährige Knabe zu seiner Schwester: „Aber, gelt, den Briefkasten habe ich fein aufgestossen?" Darauf sagte seine Schwester, die etwa 12 Jahre alt sein wird: „Halt dein Maul, du saudummer Kerle, wenn es jemand hört"! — — — —

„Meine Tochter sagte mir, sobald sie in die Stadt gehe, werde sie von Schutzmännern oder Fahndern (Detektiven, Verf.) verfolgt. Sie sagte mir, den Tag kann ich nicht sagen, es war 1908, um die Verhandlungszeit mit der Ww. H., dass in der U. . str. zwei verdeckte Schutzmänner, worunter sie den Schutzmann F. erkannte, gesagt haben: „Da kommt das Tagblatt, der wollen wir etwas besorgen". Am 8. oder 13. April 1909 schickte ich meine Tochter zu der Frau G., um mir über etwas Auskunft zu bringen; als sie zurückkam, blutete sie stark am rechten Zeigefinger; ich fragte sie, woher das komme, sie sagte mir, die Frau G. habe ihre Hand in die ihrige genommen, und da habe sie sofort einen Stich verspürt, sie habe dann ganz Angst vor dieser Frau bekommen, diese habe dann gesagt: „Wissen Sie, wenn man arm ist, tut man viel ums Geld — — — — ". Also abermals Beweis, dass meine Tochter fortwährend verfolgt worden ist. Ich betrachte solches als eine Gesundheitsbeschädigung, und von dort an wurde sie auch krank, sodass ich dann den Herrn San.-Rat Dr. Fr. zu Rate ziehen musste. — — — — Ende Mai oder anfangs Juni hörte ich immer von einem Knaben pfeifen; da fragte diesen ein anderer Knabe: „Du, Gottlob, was pfeifst denn Du?" Der Knabe erwiderte: „Das heisst Lumpentier, Aftertier, und die im zweiten Stock da oben, die ist's." Der Knabe F. machte hierüber ein langes „A—ber". Am andern Tage schüttete der Knabe F. aus dem Fenster Wasser. Da rief die Frau A.: „Du Lausbub, für was

schüttest Du Wasser heraus?“ Der Knabe sagte hierauf: „Seid nur Ihr still, Ihr seid ja doch an der Sache schuld.“ Ich und meine Tochter hörten das sagen, wie die Knaben B. und A. sagten: „Jetzt geht sie auch noch den Tiergartenweg, das Lumpentier, das Aftertier, der Kuhmokel“, dann wurde mit einer Schelle geläutet. Hierbei hörten wir sagen: „Die dicke Sch., die Quantsche!“ Von dem Kind, dem 16jährigen frechen Mädchen, hörte ich, wie sie zu andern Mädchen sagte: „Meine Mutter hat für die Sch. schon ein paar Schafotthöschen gemacht“.

„— — — — Von der N. aus ist die Polizei benachrichtigt worden, wenn meine Tochter ausging. Man hörte fortwährend den Namen „Stadtschnepfe“ rufen. — — — — Am 14. 12. v. J., etwa um 9 Uhr morgens, kam ein Mann mit dem Auftrage, Frau R. schicke ihn, ich hätte einen alten Bettrost zu verkaufen; ich liess ihr sagen, ich hätte keinen zu verkaufen. Etwa um $9\frac{1}{2}$ Uhr kam eine Frau mit einem grossen Teller, auf welchem Karten schön im Kreise aufgelegt waren; sie hatte eine Serviette am linken Arme hängen und präsentierte mir, ob ich Karten kaufen wolle. Ich sagte nein, dann ging die Person in die Waschküche zurück. Um 10 Uhr kam ein Mann und kratzte mir längere Zeit auf der Türschwelle. Dies regte mich nun so auf, dass ich schimpfte und als ich dann die Türe öffnete, stand das freche Mädchen von der Ww. H. vor meiner Türe und horchte und sagte: „Da drinnen ist die Stadtschnepfe“, worauf ich ihr drohte, wenn sie nicht mache, dass sie von meiner Türe wegkomme, dann könne sie eins von mir fangen. Da sie sich gebärdete, machte ich einen Schritt über meine Türschwelle, worauf sie dann schnell die Stiege hinaufging. Am andern Morgen machte ich der älteren Schwester den Vorhalt, dass ihre Gertrud sich unanständig gegen uns benommen habe, worauf dieselbe die Zunge nach uns herausstreckte.“ — — — —

„Am 15. 12. v. J. kamen 3 Schutzleute, ich soll ihnen öffnen, was ich nicht tat, und am 16. 12. morgens 9 Uhr kam ein Schutzmann, ich und meine Tochter sollen um $10\frac{1}{2}$ Uhr beim Herrn Stadtarzt in der W . . str. sein. Ich erwiderte, dass ich und meine Tochter das nicht können. Am 18. 12. war der Schutzmann mit einem Dr. Z. vom Herrn Stadtarzt geschickt, mit uns zu reden. Ich wusste nicht, war es ein Doktor der Rechte oder der Medizin. Abends 4 Uhr wurden wir durch den Schutzmann F. „angeblich zum Stadtarzt, in einer Droschke gewaltsam abgeholt, statt dorthin führte man uns in das Bürgerhospital (Irrenabteilung).“

„Unsere Ankläger sind:

1. Otto B., Hausbesitzer, den ich nicht einmal kenne.
2. P., Kaufmann, Hausverwalter. Hätte ich meinen Wein von ihm bezogen, ich glaube, dann würde er seinen Namen nicht hergegeben haben. Geschäftsneid (! Verf.).
3. L., Oberpostsekretär.
4. O., Buchdrucker, Sympathietreiber.

Dieser kam einmal vor meine Glastüre und bekreuzte sich dreimal, es war Mittag 1 Uhr. Dann nahm er ein Buch zur Hand, in welchem schwarze und weisse Felder waren. Am Charfreitag 1908 hängte O. einen Strick auf

unsere Küchenveranda hinunter, wir sollen uns daran hängen, und anfangs Dezember 1909 rief Frau O. vor ihrer Glastüre: „Die da unten, die gehören abgeschlachtet, in eine Kiste getan und in das Wasser geschmissen!“ Mir und meiner Tochter ist nicht bekannt, dieser Familie je einmal ein Leid getan zu haben. Als ich im Juni 1909 einen Detektivbeamten ersuchte, nachzuforschen, woher die Verleumdungen kommen, da sagte mir dieser Herr, es reue ihn, die Schwelle von O. übertreten zu haben, warum, weiss ich nicht.“

Soweit seine Ausführungen. In der Tat hat er ein Detektivbüro in Bewegung gesetzt und sich hierdurch in beträchtliche Kosten gestürzt.

Was im übrigen seinen psychischen Status betrifft, so ergab insbesondere die Intelligenzprüfung, die im wesentlichen auf Grund der von Ziehen (36) aufgestellten Prinzipien vorgenommen wurde, ein gut erhaltenes Schulwissen, im allgemeinen eine gute Erhaltung der Erinnerungsbilder in ihren assoziativen Verknüpfungen und in ihrer chronologischen Ordnung. Auch Fragen nach den jüngsten Erlebnissen werden richtig beantwortet. Eine gute Retention des Jüngstvergangenen beweisen vor allem die in der eben angeführten Autoanamnese mit allen Details angegebenen, durchaus zutreffenden Daten bezüglich seiner Hierherverbringung.

Das Rechnen geht gut, sowohl Multiplikationen mit mehrstelligen Zahlen, wie Subtraktionen, auch in der Form der Fragen: $x—14 = 3$; $x = ?$ Was die speziellere Prüfung seiner geistigen Fähigkeiten betrifft, so ergab die Aufmerksamkeitsprüfung, insbesondere aber die Prüfung der rückläufigen Assoziationen, deren Defekt Ziehen für besonders charakteristisch bei der Dementia arteriosclerotica und senilis hält, keinerlei Störung. Die Merkfähigkeitsprüfung, besonders in der Form der paarweise verknüpften Worte, ergab noch nach längeren Pausen gute Resultate. Dagegen liess sich bei der Prüfung der Kombination, besonders nach der Ebbinghaus- und Fabelmethode, eine deutliche Urteilsschwäche, aber mässigen Grades feststellen, jedenfalls nicht in dem Masse, wie sie etwa bei einer Dementia senilis, die in unserem Falle differentialdiagnostisch in Betracht käme, zu finden ist.

2. Krankengeschichte der Tochter.

A. Sch., 39 Jahre alt, ledig. Sie ist normal geboren, hat keine Krämpfe gehabt, die gewöhnlichen Kinderkrankheiten. Im Alter von etwa einem Jahre hat sie einen Oberschenkel gebrochen, über ein Kopftrauma ist nichts bekannt. Die vom Vater gegebene Anamnese, die wir natürlich nur mit grosser Reserve verwerten können, besagt weiter, dass sie sich gut entwickelte, lebhaft und folgsam war, nur selten sich etwas eigensinnig stellte, was durch energische Worte leicht behoben werden konnte. Hat in der Schule angeblich gut gelernt. Lernte nach der Konfirmation Weiss- und Kleidernähen, unterstützte ihren

Vater im Dienste beim Herrichten der Räume und machte in ihren freien Stunden Urteilsabschriften für die Gerichtsschreibereien des Kgl. Oberlandesgerichts, bis zum Tode ihrer Schwester 1904, seit welcher Zeit sie sich ganz dem Haushalte widmete, den sie sehr sauber besorgt haben soll.

In Gesellschaft ging sie wenig, der Vater selbst bemerkte, dass sie sich seit vier bis fünf Jahren noch mehr von den Menschen zurückzog als früher, angeblich, weil sie es nicht leiden konnte, wenn sie einer, auch auf harmlose Weise, foppte. Sie klagte in den letzten Jahren auch öfter über starke Mattigkeit, die auf die anstrengende Wartung ihrer lange Zeit bettlägerigen Schwester zurückgeführt wurde.

Ihr langjähriger Hausarzt, Herr Sanitäts-Rat Dr. Fr., der die Familie seit über 20 Jahren kennt, gab uns liebenswürdiger Weise über sie folgende anamnestischen Daten:

Fast so lange, wie er sie kenne, besonders seit 15 Jahren, habe sie fast ständig ein unverträgliches und misstrauisches Wesen gezeigt, das bei jeder Kleinigkeit Hintergedanken witterte und sie ständig in Reibereien mit ihren Nachbarn und den Kollegen ihres Vaters brachte. War ihr Vater einmal unpässlich, bekam er rheumatische Beschwerden oder dergl., so war immer irgend einer von den anderen Gerichtsbeamten schuld daran, indem er absichtlich Zugluft herbeiführte; wenn ihr Vater einen Raum betrat, so hatte sicherlich jemand lange vorher schon die Fenster in dem Raume geöffnet, damit es nur ja recht kalt sei. In dieser Weise suchte sie immer eine dritte Person für körperliche Leiden ihres Vaters verantwortlich zu machen. — Sie sprach in monotoner, abgehackter Weise, so dass man oft meinte, „sie wolle mitten im Satz einschlafen“. In den letzten Jahren besonders will Herr Sanitäts-Rat Fr. an ihr ein zunehmendes kindisches und läppisches Wesen bemerkt haben. Den Haushalt besorgte sie aber fleissig und pünktlich, versorgte auch ihren Vater immer sehr gut. —

Sie war stets blutarm. Ende Mai bis Ende Juli litt sie an einer schweren Angina und Influenza, „war von dort ab apathisch, nicht mehr zu bewegen, aus dem Bett zu gehen“. Als eine Diakonissin engagiert war, ging es eine Zeit lang besser, kaum war diese aber fort, so ging die Geschichte wieder an. Ende Juli sollte sie nach einem Sanatorium gebracht werden, sie lehnte es aber ab und zog es vor, Kartenschlägerinnen aufzusuchen, versprach sich auch mehr davon, wenn sie sich hypnotisieren, magnetisieren etc. lassen würde; ob sie es wirklich getan hat, ist nicht bekannt. Ueber Halluzinationen äusserte sie dem Hausarzt gegenüber nichts.

Auf der Abteilung wurde nun folgender Befund erhoben, wobei ich mir gestatte, die Krankengeschichte in extenso mitzuteilen:

Kleine Person, in gutem Ernährungszustande, von etwas anämischem Aussehen. Indifferenter, apathischer Gesichtsausdruck, geringe Mimik. Kortikomotorischer und sensibler Apparat ohne Störung. Keine hysterischen Stigmata.

Innere Organe ohne Besonderheiten.

Pat. liegt in schlaffer Haltung im Bett, zeigt für die Umgebung kein Inter-

esse, verändert ihre Lage auch nicht, als der Arzt herantritt. Gibt die Hand in manierierter Weise, nur mit einem Finger flüchtig die dargebotene Hand berührend. Die Antworten gibt sie mit kraftloser, monotoner, zeitweise etwas weinerlicher Stimme. Sie ist über Ort, Zeit und Personen vollkommen orientiert, gibt auch autoanamnestische Daten, die den von anderer Seite erhobenen völlig entsprechen.

Ueber ihre Halluzinationen und Wahnideen befragt, gibt sie fast mit denselben Worten, mit denen ihr Vater es schildert, eine Darstellung der über sie verbreiteten Klatschereien und Beschimpfungen, der Verfolgungen und Intriguen, denen sie ausgesetzt gewesen sei: Um 2 Uhr nachts blieben die zum Dienst gehenden Eisenbahner und Postbeamten, völlig fremde Leute, vor ihrem Hause stehen und schrien die obszönsten Schimpfworte, wie „Justizhure", „Aftertier" usw. hinauf. Im Hause sei sie einmal eingeladen gewesen, da habe man ihr einen Kaffee gegeben, der ganz widrig geschmeckt habe. Sie habe ihn in der Nacht auch brechen müssen, es sei ihr ganz „turmelig" geworden. Durch den Fernsprecher seien sie belauscht worden, durch Sympathie und „weisse Magie" beeinflusst. Deshalb hätten sie auch keine Leute über die Schwelle gelassen, damit sie nicht verklatscht würden. Als sie Herr San.-Rat Fr. nach dem Sanatorium Hirsau habe bringen wollen, habe sie ständig rufen hören: „Hier Sau, hier Sau!" Man habe sie auch „Haustier" geschimpft, weil sie acht Monate nicht aus dem Hause gegangen sei. Man habe ihr alles teurer verkauft, als anderen, die Sachen zu spät geliefert, alles mit Absicht, wenn sie etwas später geliefert haben wollte, habe man es zu früh gebracht und umgekehrt.

25. 12. 1909. Liegt andauernd apathisch, fast stets mit geschlossenen Augen, wie schlafend, im Bett, stereotyp mit den Händen die Decke hochhaltend. Zeitweise weinerliches Wesen, aber mit sehr oberflächlichem Affekt. Klagt bald über Leibweh, bald über Kopfweh, auch über schlechten Schlaf, ist aber weder zu bewegen, ein Schlafmittel zu nehmen, noch sich Kataplasmen machen zu lassen. Behauptet dann, man habe ihr nichts gegeben. Macht Schwierigkeiten mit der Nahrungsaufnahme, indem ihr bald dieses, bald jenes Gericht nicht passt. Zeigt ein kindisches, läppisches Gebaren, erkundigt sich mit kindlichem Ausdruck: „Wie gehts denn auch dem Pápa, lebt denn mein Pápa noch, er ist doch noch nicht gestorben?" Ist schwer zu bewegen, aufzustehen und in den Garten zu gehen.

12. 1. 1910. Andauernd in derselben stereotypen Lage im Bett. Jammert zeitweise läppisch, sie habe so arg viel schiessen hören, man wolle ihr doch nichts tun? Wie gehe es denn auch dem Papa?

8. 2. 1910. Scheint jetzt auch ihre Umgebung in den Kreis ihrer Wahnideen hineinzuziehen, meint, im Essen sei etwas drin. Sie habe einen Geschmack im Munde, als ob sie „5-Pfennig-Stücke" darin hätte.

14. 2. 1910. Heute sehr aufgeregt, bleibt nicht im Bett. Sie habe immer schreien hören: „Jetzt wird wieder geschossen", dann habe sie einen Schuss gehört. Beruhigt sich allmählich im Dauerbad.

17. 2. 1910. Musste heute Nacht in den Wachsaal verlegt werden, hat in einem fort gejammert, ihr Bauch tue ihr so arg weh, entledigt sich aber

ständig der ihr aufgelegten Kataplasmen. Ist im Zimmer herumgesprungen, hat zuerst immer geschrien, sie wolle ins Wasser (Dauerbad), lief dann im Korridor umher, schaute durch alle Guckfenster und rief dann ängstlich: „Was hats denn gegeben?“ Im Saal schrie sie aus Leibeskräften: „O, plagt mich doch nicht so!“, beruhigte sich erst ganz allmählich. Bei der Morgenvisite beklagt sie sich, dass man sie wieder aus dem Wachsaal herausgelegt habe (!). Ueber den Grund ihrer Angst befragt, gibt sie an, bald heisse es, ihr Pápa sei nimmer da, bald sprächen Männerstimmen, dann wieder Frauenstimmen. Sie wisse nicht, ob es „Gehirngespenst“ oder Wahrheit sei. Seit sie hier oben sei, sei ihr gar nicht mehr so wohl. Ihr sei so, als ob sie förmlich ins Bett gebannt sei, so dass sie gar nicht heraus könne, wenn sie es wolle. Sie höre sprechen: „Wenn 14 Tage um sind, dürfen Sie wieder 'raus.“ Meist höre sie es vom Gang her. Sie werde wohl durch Sympathie gebannt, wie das sei, könne sie nicht sagen.

19. 2. 1910. Hört ständig schiessen, fragt dann ängstlich: „Wer ist denn tot, ist denn mein Pápa gestorben?“ Legt sich auf den Boden, strampelt mit den Beinen wie ein Kind. Hat man sie endlich bewogen, in den Garten zu gehen, und ist sie halb angezogen, so fängt sie wieder an, sich auszuziehen.

20. 2. 1910. Hört Stimmen, die sagen, „es sei eine Leiche“. Auch höre sie immer von einer „Stunde“ sprechen, was aber damit sei, wisse sie nicht. Ihr sei so, als ob ein grosses Unglück passiert sei, sie habe sprechen hören, Herr San.-Rat F. sei eine Leiche.

23. 2. 1910. Reagiert meist nicht auf Gruss und Anrede, liegt wie schlafend, geht man aber wieder aus dem Zimmer, so ruft sie einen an, um sich dann in läppischem Tonfall zu erkundigen, ob denn ihr Pápa noch lebe.

24. 2. 1910. Hat heute Nacht nach Angabe der Schwester dreimal ins Bett defäziert. War unruhig, sprach öfter laut, jammerte, sie müsse sterben. Als die Wärterin kam, rührte sie sich nicht, gab keine Antwort. Morgens nahm sie das Frühstück nicht, als man es weg nahm, griff sie hastig darnach, um es dann doch stehen zu lassen. Ist bei der Visite erst wieder abweisend, schliesslich reagiert sie, fängt an zu jammern, sagt, sie halte es mit den „Stimmen“ nicht mehr aus, alles, was sie tue, würde „besprochen“, bleibe sie liegen, so heisse es, „wäre sie aufgestanden“, stehe sie auf, heisse es, „wäre sie liegen geblieben“, dann heisse es wieder, „hätte sie die Schlüssel nicht genommen“, „hätte sie mit dem Herrn Doktor nicht gesprochen“ u. s. f., dann höre sie sprechen: „Bis vier Uhr, bis zehn Uhr.“ Ferner heisse es: „Sie kommt in Arrest.“ Steigert sich allmählich in immer stärkere Aufregung, umklammert den Arm des Arztes, schreit verzweifelt: „Ich habe doch niemand beleidigt, ich bin doch hier in meinem Bette, warum soll ich denn lebenslänglich Zuchthaus kriegen?!“ Fragt dann immer wieder: „Was ist geschehen, wer hat geschossen, ist denn mein Pápa tot?“ Beruhigt sich allmählich im Dauerbad.

26. 2. 1910. Hat sich wieder beruhigt, spricht heute in kindlicher Weise in Infinitiven: „Herkommen“, geht man ans Bett, sagt sie: „Da bleiben“, um dann immer wieder mit ihrer stereotypen Frage nach dem Ergehen ihres „Pápa“ anzufangen.

28. 2. 1910. Lässt oft tagelang keinen Urin. (Negativismus?) Setzt man sie zu diesem Zweck auf den Nachtstuhl, so sträubt sie sich mit aller Gewalt, um sich dann zu beklagen, wie sie „herumgerissen“ und „geplagt“ werde. Fing heute plötzlich an zu schreien: „Mein Bauch, mein Bauch, es steckt eine Nadel drin!“ Spontan isst sie nichts, sondern nur, wenn ihr die Nahrung mit dem Löffel eingegeben wird. Isst sie einmal selbst, so tut sie es in manierierter Weise, indem sie in liegender Stellung den Teller auf den Magen hält und von hier aus den gefüllten Löffel zum Munde führt.

5. 3. 10. Liegt seit einigen Tagen wieder völlig regungslos, mit geschlossenen Augen, apathisch, in der alten stereotypen Haltung im Bett.

Bemerken möchte ich noch, dass sie in längeren Aufzeichnungen aus dem Jahre 1909, die uns vom Vater überlassen wurden, in ausführlichster Weise eine zusammenhängende Schilderung der gegen sie gerichteten Verfolgungen und Intriguen gegeben hat, die eine weitgehende Uebereinstimmung mit den oben angeführten Schilderungen ihres Vaters zeigen. Eine eingehende Intelligenzprüfung durchzuführen, war bei ihrem abweisenden Verhalten unmöglich.

Was das weitere Schicksal der beiden Kranken anbetrifft, so wurde der Vater, da er sich völlig ruhig und geordnet hielt, ständig auf Entlassung drängte, auch angab, gegen niemand etwas unternehmen zu wollen, nach zirka 8wöchigem Aufenthalt auf der Irrenabteilung entlassen, um sich dann fast täglich nach seiner Tochter zu erkundigen, da er es zu Hause nicht allein aushalte, sie auch hier täglich kränker würde. Er wolle sie heraus haben, droht schliesslich mit den Gerichten gegen Aerzte und Stadtpolizeiamt, die sie hier gefangen hielten. Er wolle sie nach einer Privatanstalt in M. bringen — die sich als „Gebetsheilanstalt“ oder dergl. entpuppte —, gehe es dort nicht, so werde er sie dann in eine andere Anstalt schaffen.

Seine Tochter wurde ihm dann gegen ärztlichen Rat, nach fast 3monatigem Aufenthalt auf der Irrenabteilung, überantwortet.

III.

Wenn wir nunmehr die in beiden Krankengeschichten niedergelegten Daten einer kritischen Würdigung unterziehen, so sehen wir zunächst zwei Personen, die im Verhältnis der Blutsverwandtschaft, von Vater und Tochter, zu einander stehen, gleichzeitig wegen geistiger Erkrankung einer Irrenabteilung übergeben. In welcher Beziehung stehen nun Psychose von Vater und Tochter zu einander? Haben wir es nur mit einer zufälligen gleichzeitigen Erkrankung zu tun, oder besteht zwischen den beiden Psychosen ein kausaler Zusammenhang?

Betrachten wir, um diese Frage beantworten zu können, zunächst die Erkrankung des Vaters:

Ein Mann, 80 Jahre alt, in dessen Anamnese sich keine erbliche Belastung findet, der bis in sein spätes Alter sich der Umgebung ge-

sund gezeigt hat, 26 Jahre im Militärdienst, 26 Jahre in zivilem Dienstverhältnis stand und im Besitze von Zeugnissen ist, die die besten Charaktereigenschaften an ihm hervorheben, bietet bei ruhigem und geordnetem äusseren Verhalten ein System von Wahnideen der Verfolgung und Beeinträchtigung dar, die seine Beziehungen zu der Aussenwelt in feindlichem Sinne verschoben haben und „allenthalben tatsächlich nicht vorhandene Beziehungen konstruieren“ (Ziehen [35]).

Es erhebt sich nunmehr die dreifache Frage,

1. ob es sich bei unserem Kranken um eine selbständig aufgetretene Paranoia chronica handelt,

2. ob es sich um einen im Verlaufe einer Dementia senilis aufgetretenen Verfolgungswahn handelt,

3. um was es sich im nichtzutreffenden Falle der beiden ersten Möglichkeiten handelt.

Ad 1. Gegen die Annahme einer völlig selbständig aufgetretenen Paranoia chronica spricht zunächst das hohe Alter unseres Kranken. Wenngleich wir in Anbetracht des vollausgebildeten Wahnsystems, das natürlich nicht akut entstanden ist, sondern sich als das Produkt einer langen Assoziationstätigkeit in einem längeren Zeitraum chronisch ausgebildet hat, den Beginn seiner Erkrankung um längere Zeit, vielleicht um Jahre, voraus datieren müssen, so würden wir, unter Berücksichtigung der Anamnese, doch eine Altersstufe vor uns haben, in der das selbständige Auftreten einer Paranoia eine grosse Seltenheit, wenn nicht ganz unwahrscheinlich ist. So gibt z. B. Ziehen (35) an, dass die ersten Anfänge dieser Krankheit meist im dritten Lebensjahrzehnt liegen. In der Anamnese unseres Kranken finden wir nun keinerlei Anhaltspunkte für die Annahme, dass er in früheren Jahren etwa durch scheues Wesen, Misstrauen, Reizbarkeit, Hang zum Grübeln oder dergl. Absonderlichkeiten aufgefallen wäre, die sich so oft in der Anamnese der Paranoiker finden. Ebenso fehlen für die Annahme einer sogenannten „paranoiden psychopathischen Konstitution“, als deren weiterentwickelte Form sich nach Ziehen (35) die Paranoia chronica oft darstellt, jegliche Beweise.

In der Literatur konnte ich nur einen Fall finden, in dem sich bei einer 75jährigen Frau eine Paranoia mit Verfolgungsideen und Halluzinationen entwickelte, nachdem sie nach einem Sturz von der Treppe nicht so viel Rente erhalten hatte, als sie wollte. Die Paranoia übertrug sie dann auf ihre 65jährige Schwester (Elliot [8]).

Der Fall II von Meyer (21), in dem ein 73jähriger Mann (sekundär erkrankt) und seine 62jährige Frau wegen Paranoia chronica zur Beobachtung kamen, kommt hier nicht in Betracht, da der Beginn der

Erkrankung beider über 20 Jahre zurücklag. Wir können also, um wieder auf unseren Fall zurückzukommen, bei dem Fehlen jeglicher Anhaltspunkte hierfür, die Annahme einer selbständig aufgetretenen Paranoia chronica ablehnen.

Ad 2. Als weiteres differentialdiagnostisches Moment käme der im Laufe einer senilen Demenz aufgetretene Verfolgungswahn in Frage. Nun können wohl bei der senilen Demenz Wahnvorstellungen im Sinne der Verfolgung auftreten, und darauf möchte ich ganz besonders hinweisen, dass sie, wie Ziehen (35) selbst sagt, „eine Begleiterscheinung des senilen Intelligenzdefekts“ darstellen, die Kranken glauben sich bestohlen, von den Nachbarn verhöhnt, geschmäht u. s. f., diese Wahnvorstellungen sind aber „ziemlich dürftig, verworren und zusammenhanglos“ (Kraepelin [37]). Ebenso sagt Fürstner (12), indem er zunächst darauf hinweist, dass im Senium besonders die Schwerhörigkeit — die auch bei unserem Kranken vorliegt — infolge des Verhörens und Missverstehens, besonders geeignet zum Hervorrufen von Irrtümern ist, die später zu Wahnideen, besonders der Beeinträchtigung und Verfolgung, verarbeitet werden: „Fast nie kommt es meiner Erfahrung nach zum weiteren Ausbau der Wahnideen, zur Umgestaltung des Bewusstseinsinhalts in ihrem Sinne, kurz zur Bildung einer typischen (halluzinatorischen) Verrücktheit“, was er durch den Umstand erklärt, dass bei Senilen sich die Assoziationsvorgänge überhaupt weniger flüssig und umfangreich abspielen. Bei unserem Kranken vermissen wir nun, wie uns die Krankengeschichte, insbesondere die Ergebnisse der mit ihm abgehaltenen Intelligenzprüfung lehren, alle diejenigen Symptome, die uns zur Diagnose einer „senilen Demenz“ berechtigen können, die, wie oben ausdrücklich betont ist, die Vorbedingung des senilen Verfolgungswahns bildet. Die Erinnerungsbilder, insbesondere die für das Jüngstvergangene, sind intakt, weder Merkfähigkeit, noch rückläufige Assoziationen, auf deren frühzeitige Schädigung bei der senilen Demenz, wie oben bereits betont, Ziehen (36) besonders Gewicht legt, zeigen irgend welche Störungen. Die Kohärenz des Vorstellungsablaufs ist intakt, was sich insbesondere aus seiner durchaus klar und zusammenhängend, für einen Mann von seiner Bildung stilistisch gut geschriebenen Autoanamnese erkennen lässt. Dagegen ergab sich bei der Kombinationsprüfung, insbesondere mittels der Ebbinghaus- und Fabelmethode, ein mässiger Grad von Urteilsschwäche, der uns nicht zu der Annahme einer Demenz, höchstens zu der einer Debilität berechtigt.

Ferner sehen wir ihn, und darauf möchte ich ganz besonders hinweisen, ein durchaus zusammenhängendes, geordnetes System von Wahn-

ideen produzieren, das weder „Dürftigkeit“ noch „Verworrenheit“ oder dergl. zeigt. „Vorbedingung für jede Systematisierung von Wahnvorstellungen ist eine gewisse Höhe der geistigen Enwicklung. Schwachsinnige konzipieren wohl auch Wahnvorstellungen, aber ihr Intelligenzdefekt hindert meist jede Systematisierung derselben“ (Ziehen [35]).

Nachdem wir also sowohl eine selbständig aufgetretene Paranoia chronica, wie einen im Verlaufe einer senilen Demenz aufgetretenen Verfolgungswahn mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit haben ausschliessen können, drängt sich uns, wenn wir die Krankengeschichten von Vater und Tochter durchforschen, sofort der Gedanke auf, dass wir alle Vorbedingungen erfüllt finden, die wir im ersten Teil unserer Ausführungen als besonders geeignet zur „Induktion“ einer Psychose von einer Person auf eine andere charakterisiert haben. Diese Kriterien entsprechen auch vollkommen denjenigen, die in der neuesten Literatur Sierau (27) in einer Epikrise zu einem von Raebiger (26) mitgeteilten angeblichen „Schulfall“ von induziertem Irresein zusammenstellt.

Wir haben in unserem Falle zunächst einen ausserordentlich innigen Konnex zwischen beiden erkrankten Personen, ein inniges Familienverhältnis, das den Vater fast täglich ins Spital zur Erkundigung nach dem Ergehen seiner Tochter treibt, „da er sonst zu Hause nicht imstande sei, eine Speise anzurühren“. Beide haben in fast völliger Abgeschlossenheit gegen die Aussenwelt gelebt, was sie völlig aufeinander anwies und jede Möglichkeit einer Kritik, die event. falsche Vorstellungen hätte korrigieren können, fernhielt. Dazu hatten sie durch die Pensionierung des Vaters Gelegenheit, den ganzen Tag mit ihrem Gedankenaustausch zuzubringen, einander ihre Wahrnehmungen mitzuteilen, so dass jeder einen Baustein zu dem Gebäude ihres Wahnsystems hinzutragen konnte. Dass ihre Wahnideen völlig identisch sind, haben wir oben bereits hervorgehoben. Können wir dann wohl ein prägnanteres Beispiel für „eine Verrücktheit, auf zwei Personen verteilt“, finden? Berücksichtigen wir nun noch, dass im Mittelpunkt des ganzen Wahnsystems die Tochter stand, und es aus den Mitteilungen des Vaters hervorgeht, dass die wenigsten Wahrnehmungen von ihm selbst ausgingen, dass sich dagegen in seinen Aufzeichnungen fast ständig die Wendung findet, „meine Tochter bemerkte“, „meine Tochter machte mich darauf aufmerksam“, so werden wir den Faden gefunden haben, der beide Psychosen miteinander verbindet. Wir werden zwanglos auf den Gedanken geführt, dass sich auf dem Boden der — allerdings mässigen — senilen Urteilsschwäche des Vaters die

Wahnvorstellungen der Tochter festsetzen, fixiert und schliesslich selbstständig weiter verarbeitet werden konnten.

Analysieren wir nunmehr die Pathogenese der Wahnideen des Vaters, so sind es vor allem zwei Wege, auf denen sie entstanden sind,

1. auf dem der „Wachsuggestion“ durch die Tochter, deren Wahnvorstellungen um so leichter bei ihm Boden fassen konnten, als sie stark gefühlsbetont waren. In dem Inhalt der Wahnvorstellungen spielte sie, gewissermassen sein „alter ego“, die Hauptrolle. Er fühlte sich mit ihr verfolgt und beeinträchtigt, er stand mit ihr im Mittelpunkte des Komplotts, das sich zu ihrer Verfolgung zusammengetan hatte.

2. Der zweite Weg aber, auf dem seine Wahnideen entstanden sind, ist deshalb von grosser Bedeutung, als dadurch die Korrektur der ihm „induzierten“ Wahnideen nicht nur verhindert wurde, er sich vielmehr immer enger in den Maschen des Netzes der ihm „suggerierten“ Wahnideen verstricken konnte, es ist der der „illusionären Verfälschung“ infolge des durch seine Schwerhörigkeit bedingten Verhörens und Missverstehens. So können wir es uns auch erklären, dass er selbst Schimpfworte, Drohungen usw. gehört haben will. Sowie in psychopathologischen Zuständen bei Normalhörenden ein leises, an sich unverständliches Geflüster zu verständlichen Schimpfworten transformiert werden kann, so können wir es uns analog auch bei Schwerhörigen sehr wohl erklären, dass sie missverstandenes Gehörtes in bestimmte Schimpfworte transformieren und damit die entsprechende Wahnvorstellung verbinden, die vielleicht selbst schon latent bei der speziellen Gestaltung der Illusion resp. Halluzination mitgewirkt hat.

Dass die Tochter die Ersterkrankte ist, geht einerseits aus der Anamnese hervor, die sie als eine schon seit langen Jahren misstrauische und streitsüchtige Person bezeichnet, die hinter jeder Kleinigkeit böse Absicht vermutete, andererseits führt uns der bei ihr beobachtete Symptomenkomplex, insbesondere — wobei ich von den Wahnideen absehe — die Affektlosigkeit, Stereotypien, Manieriertheit, läppisches, kindisches Gebaren usw. auf den Gedanken, dass es sich um eine weit vorgeschrittene, vielleicht schon seit der Pubertät bestehende Erkrankung in der Form der paranoiden Varietät der Dementia hebephren. handelt.

Von einer Uebertragung dieser Krankheitsform in toto ist natürlich in unserem Fall keine Rede, wie überhaupt die Möglichkeit einer derartigen Uebertragung vollkommen ausgeschlossen ist. Dass Manieriertheit und Stereotypien, Befehlsautomatie und Impulsivität, vor allem Stupor und Negativismus, jene der Dementia praecox so eigentümlichen Symptome, bei einer „psychischen Infektion“ nicht mit übertragen

werden können, versteht sich eigentlich von selbst, wohl aber werden diese Symptome in ihren äusserlichen Kennzeichen bei geeigneter, etwa hysterischer Disposition temporär nachgeahmt werden können. Wir werden dagegen eine Uebertragung des Inhalts der Wahnideen — solange diese keine Absurdität und Unwahrscheinlichkeit zeigen, sondern sich in den Grenzen der Möglichkeit und Wahrscheinlichkeit halten — bei geeigneter Prädisposition, im Zusammenhange mit begünstigenden Bedingungen, anerkennen müssen, wobei dann die sekundär erkrankte Person die passiv aufgenommenen, ihr „induzierten" Wahnideen im Sinne einer Paranoia chronica weiterverarbeitet.

Was die Prognose in unserem Falle anbetrifft, so wird sie bei der Tochter, als der schwerer Erkrankten, als durchaus ungünstig anzusehen sein, da eine zunehmende Verblödung bei ihr sehr wahrscheinlich ist. Beim Vater werden wir zum mindesten eine sehr zweifelhafte Prognose stellen müssen, da es bei der nun einmal vorhandenen Urteilsschwäche nicht sicher ist, ob er imstande sein wird, die einmal aufgenommenen Wahnideen durch die gesunde Wirklichkeit zu korrigieren.

IV. Résumé.

1. Induziertes Irresein d.h. die Uebertragung eines psychotischen Symptomenkomplexes, nicht aber einer klinischen Krankheitsform von einer Person A. auf eine zweite Person B. ist nur möglich unter zwei zusammenwirkenden Bedingungen:

A) bei vorhandener Prädisposition von B.,
   a) angeborener,
   b) erworbener;

B) unter begünstigenden Bedingungen (engem Zusammenleben, Seelenharmonie, Abgeschlossenheit gegen die Aussenwelt usw.).

2. Ad A, b). Die Prädisposition von B. kann durch den Primärerkrankten selbst geschaffen werden, indem er auf B. in nichtspezifischer Weise einwirkt: Durch das andauernde Dozieren und Präsentieren seiner Wahnideen schafft er bei B. eine veränderte Reaktionsfähigkeit auf äussere Reize im Sinne einer Ueberempfindlichkeit, vor allem eine krankhafte „Ermüdbarkeit der Ideenassoziationen", die sich bis zur vollkommenen Inkohärenz des Vorstellungsablaufs steigern kann, im allgemeinen gesagt, er kann ein der „Neurasthenie" ähnliches Krankheitsbild schaffen. Ist auf diese Weise der Boden vorbereitet, so folgt die spezifische Wirkung.

3. Da es sich in allen echten Fällen von induziertem Irresein um Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen handelt, besteht diese spezifische Wirkung in der Transplantation der Wahnideen auf den vorbereiteten Boden. Die Korrekturmöglichkeit der Wahnideen, damit die Prognose der induzierten Psychose hängt ab:

a) von der Intelligenz resp. der Intensität der Intelligenzschwäche des Sekundärerkrankten,

b) von günstigen äusseren Bedingungen, speziell von der rechtzeitigen Trennung von dem Induzierenden.

4. Ist die induzierende Psychose die paranoide Varietät der Dementia praecox, so sind die dieser Krankheit besonders eigentümlichen Symptome (Manieriertheit, Stereotypien usw.) bei besonders geeigneter, etwa hysterischer Disposition höchstens temporär nachahmbar, nicht aber dauernd übertragbar. Wohl aber kann — unter genügend starker Wirkung des Prädispositionsfaktors — eine Uebertragung der Wahnideen stattfinden und dadurch eine Krankheitsform im Sinne der Paranoia chronica entstehen.

An dieser Stelle beehre ich mich, meinem hochverehrten Chef, Herrn Sanitätsrat Dr. Fauser, für die gütige Anregung zu vorliegender Arbeit, sowie für die liebenswürdige, stets bereite Unterstützung bei der Abfassung derselben, ferner Herrn Geh. Medizinalrat Prof. Dr. Ziehen für die gütige Uebernahme des Referats meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

(L = Literaturbericht.)

1. D'Allonnes et Juquelier, Délire de persécution à trois. Journal de psychol. norm. et pathol. 1905. (Ref. i. d. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 63. L. S. 117.)

2. Ast, Beitrag zur Kenntnis des induzierten Irreseins. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 63. S. 41 ff.

3. Bahcock, Induziertes Irresein und Negerhexenwesen. Americ. journ. of insanity. 1895, April. (Ref. i. d. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 33. L. S. 119.)

4. Bauer, Ueber induziertes Irresein. Inaug.-Diss. Leipzig 1891.

5. Baumann, Psych. Infektion. Psychiatr. u. neurolog. Bladen. 1898, Mai. (Ref. i. d. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 56. L. S. 63.)

6. Dewey, Psych. Kontagion und Infektion. Americ. journ. of insanity. 1899, Oktober. (Ref. i. d. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr. Bd. 57. L. S. 76.)

7. Dupouy, Délire conjugal avec hallucinations de deux sujets. Revue de Psychiatr. 1906. Nr. 11. S. 461. (Ref. i. d. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 64. L. S. 66.)

8. Elliot, Geistesstörung bei zwei Geschwistern. State Hosp. Bull. 1898, Januar. (Ref. i. d. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 55. L. S. 103.)

9. Euphrat, Ueber das Zwillingsirresein. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 44. H. 3. S. 194ff.

10. Fauser, Zur allgemeinen Pathologie und Pathogenese des Irreseins. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 47. S. 123ff.

11. Funaioli, Follia a quattro. Archivio italiano per le malatie nervose. Bd. XXIV. H. 6. (Ref. i. d. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 45. L. S. 85.)

12. Fürstner, Ueber die Geistesstörungen des Senium. Archiv f. Psych. Bd. 20. S. 458ff.

13. Herfeldt, Zur Kasuistik des Irreseins bei Zwillingen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 57. S. 25ff.

14. Hoffmann, Ein Fall von induziertem Irresein. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 59. S. 569ff.

15. Joerger, Das induzierte Irresein. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 45. S. 307ff.

16. Jung, Untersuchungen über die Erblichkeit der Seelenstörungen. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 21.

17. Kalmus, Ehescheidung bei induziertem Irresein. Archiv f. Psych. Bd. 35. S. 188ff.

18. Kölpin, Beitrag zur Kenntnis der induzierten Psychosen. Archiv f. Psych. Bd. 35. S. 457ff.

19. Lapointe, Erkrankung einer ganzen Familie an Dämonomanie. Annal. méd.-psychol. 1886, November. (Ref. i. d. Allgem. Zeitschr. f. Psych. B. 44. L. S. 205.)

20. Mendel, Wendt, Zinn und Hasse, Fälle von Zwillingsirresein. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 44. S. 488.

21. Meyer, E., Beitrag zur Kenntnis des induzierten Irreseins und des Querulantenwahns. Arch. f. Psych. Bd. 34. S. 181ff.

22. Derselbe, Ueber psychische Infektion. Berl. klin. Wochenschr. 42. Jahrg. 1905. Nr. 22.

23. Mourek, Un cas rare d'infection psychique chez six consanguines. Revue Uneurologii, Psychiatrii usw. (Ref. i. d. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 64. L. S. 105).

24. Montyel, Contribution à l'étude de la folie à deux. Annal. méd.-psych. 1881, Janvier.

25. Novy, Folie gémellaire. Revue Bohêm. de Neurolog., Psych. etc. Prag 1904. (Ref. i. d. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 63. L. p. 109.)

26. Raebiger, Psychose und Induktionspsychose. Deutsche med. Wochenschr. 35. Jhrg. 1909. Nr. 25.

27. Sierau, Zur Frage der Induktionspsychose. Ebenda. Nr. 51.

28. Schönfeldt, Ueber das induzierte Irresein. Archiv. f. Psych. Bd. 26. S. 202 ff.

29. Sklarek und van Vleuten, Gleichzeitiges Auftreten einer geistigen Erkrankung bei drei Geschwistern. Allgem. Zeitschr. für Psych. Bd. 61. S. 690.

30. Tebaldi, Zwei Beobachtungen induzierten Irreseins. II Manicom. 1886. 2. H. 1. (Bef. i. d. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 44. L. S. 62.)

31. Venturi, Induziertes Irresein. II Manicomio. 1886. 2. H. 1. (Ref. i. d. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 44. L. S. 60.)

32. Werner, Ueber die sogenannte psychische Kontagion. Allgem. Zeitschrift f. Psych. Bd. 44. S. 399 ff.

33. Weygandt, Beitrag zur Lehre von den psychischen Epidemien. Halle a. S. 1905. K. Marhold.

34. Wollenberg, Ueber psychische Infektion. Archiv f. Psych. Bd. 20. S. 62 ff.

35. Ziehen, Lehrbuch der Psychiatrie. 3. Aufl. 1908. Leipzig. Hirzel.

36. Derselbe, Prinzipien und Methoden der Intelligenzprüfung. 2. Aufl. Berlin 1909. S. Karger.

37. Kraepelin, Psychiatrie. 7. Aufl. 1904. Leipzig. J. A. Barth.

Lebenslauf.

Verfasser vorliegender Arbeit, Sally Leibowitz, jüdischer Konfession, wurde am 9. Juli 1884 als Sohn des verstorbenen Kantors Raphael Leibowitz und seiner Gattin Johanna, geb. Skoll, in Argenau, Kr. Hohensalza, Pr. Posen, geboren.

Nach vorherigem Besuch einer höheren Knabenschule trat er Ostern 1896 in die Untertertia des Kgl. Bergergymnasiums zu Posen ein, Ostern 1898 in die Untersekunda des Städt. Friedrichs-Werderschen Gymnasiums zu Berlin. Nach bestandenem Abiturientenexamen bezog er, um Medizin zu studieren, Ostern 1902 die Kgl. Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin, wo er am 4. August 1904 das Tentamen physicum, am 28. Juli 1907 das Staatsexamen beendete. Das praktische Jahr absolvierte er an der inneren Abteilung des Jüdischen Krankenhauses zu Posen, an der Nürnberger Lungenheilstätte Engeltal und an dem Städt. Bürgerhospital Stuttgart, an dessen Kranken- und Irrenabteilung er seit seiner am 13. September 1908 erfolgten Approbation Assistenzarztdienste leistet.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten: B. Baginsky, Blumreich, Borchardt, Bumm, de la Camp, Engelmann †, Fischer, B. Fränkel, Fritsch, Hertwig, Heubner, Hildebrand, Kraus, Lesser, Lewin, Liebreich †, Mendel †, von Michel, Orth, Passow, Pels-Leusden, Rubner, Salkowski, Senator, F. Strassmann, P. Strassmann, H. Virchow, Waldeyer, Warburg, Ziehen.